La santé des immigrés en France : controverses autour d'un paradigme

Elhadji Mamadou Mbaye

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/431>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.431

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 16-19

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Elhadji Mamadou Mbaye, « La santé des immigrés en France : controverses autour d'un paradigme », *Hommes & migrations* [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 01 mai 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/431> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.431

La santé des immigrés en France : controverses autour d'un paradigme

Par Elhadji Mamadou Mbaye,
analyste des politiques publiques, chercheur associé à l'UMR PACTE (Politiques publiques,
action publique, territoire) de l'Institut d'études politiques de Grenoble

Paris, 2009, Kader Benamer © Dominique Langoutte-photographies

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, au corps de l'étranger comme force de travail s'est substitué le corps de l'étranger comme corps souffrant. Autrefois confinée dans la sphère privée, la souffrance de l'immigré est désormais médiatisée pour légitimer sa présence dans le pays d'accueil. En France, elle est même devenue une arme politique. À double tranchant. Pour le sans-papiers, le corps sain est un obstacle à l'obtention de droits, et donc l'objet d'agressions. Pour l'État, il est un prétexte pour refuser le séjour sur le territoire.

Le 31 décembre 2007, lors de ses vœux à la nation, le président de la République évoque l'idée d'une politique de civilisation en reprenant l'expression d'Edgar Morin. Quelques jours plus tard, lors de sa conférence de presse du 8 janvier 2008, il revient sur cette expression en la précisant plus clairement. Selon lui, la politique de civilisation est une politique de la vie, une politique de l'homme et donc une biopolitique. Son objet est de "*remettre l'homme au cœur de la politique*", de "*réhumaniser la société*" et "*de mettre le changement indispensable au service de l'homme*". Cependant, dans sa politique de civilisation, il propose également une politique d'immigration basée sur des quotas, sur des tests ADN et surtout sur un objectif d'expulsions d'étrangers en situation irrégulière dans des pays où leur vie est menacée. Alors de quel homme s'agit-il dans sa politique de civilisation ?

Bien que le "*tournant néolibéral*"⁽¹⁾ des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix n'ait pas manqué d'affecter les politiques sociales, le processus de légitimation de ces dernières n'en demeure pas moins dépendant de leur sentier institutionnel originel. L'universalité des droits, l'égalité de traitement devant le risque et la solidarité demeurent des principes fondamentaux difficiles à remettre en cause dans un État de droit. À l'inverse, le secteur de l'immigration est un domaine où les droits sociaux des étrangers sont de plus en plus réduits à leur plus simple expression : chaque nouvelle loi sur l'entrée et le séjour des étrangers obéit à la logique du *balancier tronqué* penchant plus vers la réduction des droits de l'étranger que vers l'amélioration de ses conditions de vie. La France, à l'instar d'autres pays européens, tente de réduire les droits sociaux des immigrés⁽²⁾ en vue d'éviter un effet d'"appel d'air"⁽³⁾. C'est ainsi que les différents pays européens se sont engagés dans une *course vers le bas*⁽⁴⁾ en matière de droits accordés aux étrangers, et en particulier de droits sociaux. Cependant, les acteurs engagés dans la défense des droits des étrangers mobilisent des arguments discursifs dans d'autres registres d'action publique pour réclamer le séjour et la santé des étrangers en France.

La légitimation de l'étranger par son corps et par sa souffrance

Alors que les années quatre-vingt-dix sont marquées par la politique d'immigration zéro prônée par Charles Pasqua, en 1997, la loi Debré du 24 avril introduit, grâce à la mobilisation des associations, l'inexpulsabilité des étrangers atteints de pathologies graves. Un an plus tard, la loi Chevènement du 11 mai 1998, en son article 12 bis 11, reconnaît le droit à une carte de séjour à "*l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le*

défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire". Cet article de loi marque l'introduction officielle de la "vie nue"⁽⁵⁾ de l'étranger, au-delà de la logique de police, dans le domaine de la lutte contre l'immigration. Cette disposition législative constitue ainsi un changement paradigmatique, non seulement dans l'image de l'étranger au sein de l'État-nation français, mais aussi au sein de l'État providence⁽⁶⁾. Cette reconnaissance de l'immigré s'intègre dans la logique de "l'administration des populations au nom d'un principe moral supérieur qui fait de la préservation de la vie et du soulagement de la souffrance les valeurs suprêmes de l'action"⁽⁷⁾. De ce point de vue, les associations humanitaires n'ont pas le monopole du cœur. L'État participe également à la gouvernance de l'humanitaire et reprend le discours des organisations humanitaires.

En effet, en une vingtaine d'années, on est passé de la maladie comme négation et refus de l'immigré à la maladie comme reconnaissance de ce dernier et moyen d'intégration⁽⁸⁾. Au corps de l'étranger reconnu pendant les Trente Glorieuses par l'anatomopolitique comme simple force de travail se substitue, dans un contexte marqué par la lutte contre l'immigration, le corps de l'étranger reconnu par la biopolitique. Ce corps est devenu une ressource non pas pour la force de travail qu'il mobilise, mais en raison du sentiment de compassion qu'il suscite⁽⁹⁾. Il est désormais traversé par la mécanique du vivant et sert de support aux processus biologiques : prolifération, augmentation de la population, lutte contre la maladie et la souffrance biologique. Alors que pendant la période des Trente Glorieuses, les immigrés malades étaient systématiquement mis à l'écart, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, la mobilisation autour du sida a permis aux étrangers malades qui avaient perdu leur force de travail, et en même temps toutes les autres formes de reconnaissance sociale, de bénéficier d'une légitimité nouvelle et immuable, celle du corps souffrant⁽¹⁰⁾.

Aujourd'hui, dans un contexte national et international marqué par une internationalisation et un transfert des normes⁽¹¹⁾, l'individu souffrant est en passe d'acquérir une longueur de reconnaissance et d'empathie sur les corps saints. Cette maladie, que l'immigré devait taire pour éviter de perdre son emploi et retourner dans son pays, est devenue aujourd'hui une réalité qu'il faut dire et exposer pour bénéficier de soins et obtenir un droit au séjour. Dans certains pays comme le Canada, le corps malade de l'immigré peut entraîner un refus de visa. Par contre, en France, ce corps souffrant donne une reconnaissance à celui qui est déjà installé sur le territoire. Cette situation renvoie à ce que décrit Hanna Arendt à propos du réfugié : "Puisqu'il représentait l'anomalie pour laquelle la loi générale n'avait rien prévu, mieux valait pour lui qu'il devînt une anomalie pour laquelle la loi avait prévu quelque chose"⁽¹²⁾."

Ainsi, dans un contexte de restriction des droits des étrangers, où le regroupement familial et l'asile ne sont plus accordés que de façon réduite (autour de 15% d'accords des demandes d'asile), le pouvoir du corps malade est l'une des dernières formes de légitimité que les étrangers peuvent faire valoir pour bénéficier d'un séjour en France. Les étrangers atteints de pathologies graves comme le sida doivent quotidiennement gérer ce paradoxe qui consiste à se réclamer d'une pathologie qu'ils tentent de cacher pour éviter la stigmatisation et qu'ils doivent en même temps exposer pour bénéficier d'un droit au séjour. Dans cette situation, la maladie grave dont souffre l'immigré n'est pas seulement ce qui bouleverse son quotidien, c'est aussi ce qui légitime sa reconnaissance dans la société d'accueil et donc lui permet de rester en France, et par conséquent de rester en vie. Les malades sont ainsi obligés de déplacer leur maladie de la sphère privée à la sphère publique. Pouvant bénéficier de plusieurs formes de légitimation (demandeur d'asile, travailleur, parent d'enfant français...), l'étranger malade préfère généralement mettre en avant sa maladie, qui facilite plus rapidement l'accès aux droits que les autres formes de reconnaissance. Sur le terrain de la mise en œuvre effective de ce droit, certaines préfectures refusent d'enregistrer en même temps le dépôt d'une demande d'asile et d'une demande de séjour pour les étrangers malades⁽¹³⁾. Elles imposent parfois aux demandeurs d'asile malades de renoncer à leur demande d'asile et de ne faire valoir que celle d'"étranger malade". Cette proposition est faite non pas parce qu'ils sont sensibles à la souffrance des demandeurs d'asile, mais parce que ce statut offre moins de droits. Les travailleurs étrangers en situation irrégulière ont plus de chance d'être régularisés s'ils souffrent de maladies graves que s'ils font valoir leur contrat de travail. Les souffrances, physique et morale, deviennent ainsi des ressources dont peuvent user les étrangers sous le coup d'une expulsion pour rester sur le territoire. Il résulte de ces situations que certains étrangers s'obligent à être malades ou transforment leurs corps sains en des corps souffrants. La quête de ce corps souffrant peut également avoir des conséquences dramatiques : grèves de la faim, automutilations, contaminations volontaires, risque de suicide, décès.

Évolution de la légitimité du corps malade

L'exposition du corps souffrant est ainsi utilisée comme ressource politique aussi bien par les étrangers eux-mêmes que par les acteurs chargés d'assurer leur défense. La grève de la faim et l'exposition publique de leur corps à la souffrance a permis à plusieurs travailleurs immigrés d'obtenir de nouveaux droits, aussi bien de la part de leurs employeurs que des autorités publiques. Déjà en 1996, plusieurs étrangers,

sous le coup d'une expulsion, choisissent la grève de la faim pour réclamer leur régularisation. Après plusieurs jours, ils réussissent à susciter la solidarité d'une partie de l'opinion publique et de la société civile. Grâce à la médiatisation de ces corps en souffrance, certains d'entre eux ont pu obtenir un titre de séjour. Près de dix ans plus tard, avec une politique d'immigration de plus en plus restrictive, le recours au corps souffrant redevient l'ultime option contre l'expulsion pour une majorité d'étrangers en situation irrégulière. Le journal *Libération*, dans son numéro du 21 septembre 2007, attirait l'attention sur ce recours de plus en plus fréquent au corps souffrant : *“À Roussillon, le jeune Tunisien s'est précipité de la fenêtre d'un appartement sans balcon. Il a été hospitalisé à Lyon [...]. Le jeune Congolais, Sébastien, qui s'est jeté par la fenêtre lors de son interrogatoire par la PAF, à Lyon, vivait à Péage-de-Roussillon[...]. Quelques mois en arrière, c'est un jeune Algérien qui avait déjà sauté par la fenêtre du quatrième étage à l'arrivée des gendarmes à Villeneuve, en plein centre de Grenoble. Une Chinoise qui serait âgée d'une cinquantaine d'années s'est défenestrée, hier après-midi, vers 16 heures.”* Cette dernière décédera des suites de ses blessures. Le 15 février 2008, un Kenyan de 20 ans s'est suicidé par peur d'être renvoyé dans son pays d'origine suite au rejet de sa demande d'asile. Le 3 avril 2008, un Malien décédera après s'être jeté dans la Marne pour éviter la reconduite à la frontière. De plus en plus de candidats à l'immigration conscients des risques que leur voyage peut constituer pour eux-mêmes risquent malgré tout leur vie pour atteindre l'Europe. Si les premiers *boat people* qui sont arrivés ont bénéficié des politiques de la pitié et de l'empathie de l'opinion publique, au fil des débarquements, ce phénomène s'est banalisé et les populations sont désormais renvoyées dans la misère qu'ils avaient fuit, ce qui met en danger leur pronostic vital. Les politiques restrictives en matière d'immigration ont-elles réduit les frontières entre la vie et la mort ? La vie des candidats à l'immigration vaut-elle celle des autorités politiques qui les réexpédient ? Que représente la vie des personnes en danger de mort pour les sociétés qui les accueillent ou les refusent ?

Contexte et légitimation du droit au séjour pour les étrangers malades

Depuis son institutionnalisation en 1998, le droit au séjour pour soins a fait l'objet de plusieurs controverses. Les défenseurs des étrangers sont de plus en plus obligés, dans un contexte de lutte contre l'immigration, d'édifier régulièrement leurs arguments pour la conservation de ce dispositif législatif. Le contexte sociopolitique de 1997 a favorisé la création de ce dispositif, mais, depuis 2002, un nouveau

contexte politique et une redistribution des rôles font de lui un dispositif en sursis. En effet, suite à une expulsion en plein débat parlementaire sur l'immigration d'un malade du sida dans son pays d'origine dépourvu de soins, la question du droit aux soins et au séjour des étrangers gravement malades est inscrite sur l'agenda public.

Les opposants aux expulsions de malades ont eu recours à l'argument selon lequel renvoyer des malades dans des pays dépourvus de traitement était une forme de condamnation à mort de l'étranger. Il s'agissait aussi, selon eux, d'une remise en cause par l'État français, d'une part, des conventions internationales signées dans ce domaine et, d'autre part, de la tradition "humanitaire" et de défense des droits de l'homme que ce pays incarne au niveau international. La création d'un droit au séjour pour soins constitue alors une forme d'institutionnalisation de la pitié⁽¹⁴⁾, de la générosité et de l'humanitaire, auxquels on avait jusque-là recours au cas par cas.

Pour plusieurs acteurs, ce droit au séjour constituait une nouvelle res-

source politique. La défense des étrangers malades a ainsi entraîné, depuis le début des années quatre-vingt-dix, la création de plusieurs collectifs comme le Comité contre l'expulsion des malades (CEM), l'Action pour les droits des malades étrangers en France (ADMEF), l'Urgence malades étrangers en danger (URMED) ou l'Observatoire pour le droit à la santé des étrangers (ODSE). Si cette logique de défense des étrangers entre dans celle de certains acteurs engagés dans ces collectifs, pour d'autres, le problème des étrangers malades est un moyen de retrouver une légitimité dans un nouveau champ d'action. Il s'agit particulièrement de certaines associations de lutte contre le sida qui, après l'arrivée des trithérapies, avaient connu

Paris, 2009, Kader Benamer
© Dominique Langoutte-photographies

une désaffection de leurs publics et une baisse de leurs activités⁽¹⁵⁾. Grâce aux problèmes des étrangers malades, elles ont pu retrouver de nouveaux objets de mobilisation et de nouvelles missions de revendication. En ce qui concerne les associations de défense des étrangers, elles ont pu, grâce à la souffrance de leurs protégés, trouver de nouveaux partenaires bénéficiant de ressources politiques importantes, notamment cognitives et normatives. Au niveau politique, la gauche, de nouveau au pouvoir en 1998, ne pouvait s'empêcher d'institutionnaliser le droit au séjour pour les étrangers gravement malades. En effet, en 1997, elle s'est fortement mobilisée pour la mise en place de *l'inexpulsabilité* des étrangers souffrant de pathologies graves. Ainsi, dans sa loi sur l'immigration de 1998, en vue de réduire la catégorie des "ni-ni" (ni expulsables ni régularisables), le ministre de l'Intérieur Jean-Pierre Chevènement la transforme en dispositif institutionnalisé avec droit à une carte de séjour "*vie privée/vie familiale*".

Depuis cette date, cette disposition législative est conservée en raison de la sensibilité du problème au niveau de l'opinion publique et de la veille législative assurée par les associations de défense des étrangers malades. Elles publient régulièrement dans les journaux des articles aux titres symboliques ou font signer des pétitions⁽¹⁶⁾ pour éviter son abrogation et attirer le soutien de l'opinion publique. Dans son rapport de 2007, Médecins du Monde insistait sur le risque de "*peine de mort différée*" que pouvait entraîner l'expulsion d'étrangers malades⁽¹⁷⁾.

**Le droit au séjour
pour les étrangers
malades devient la carte
que brandit
le nouveau ministère
lorsqu'il est accusé
de mener une politique
inhumaine.**

Les autorités politiques, soucieuses de ces dénonciations publiques, s'obligent à conserver ce dispositif malgré son opposition à la logique actuelle en matière d'immigration. Le 7 septembre 2007, suite à une rencontre avec les différentes associations, le cabinet du ministère déclarait *qu'il "réité[r]ait son attachement à la protection des étrangers gravement malades et [qu'il] partage[rait] avec les associations l'impératif qu'aucun étranger malade ne subisse, en raison du défaut de prise en charge*

médicale qui découlerait d'un éloignement, des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé". Le ministère de l'Immigration tente ainsi par cet acte politique conjoncturel de démontrer sa logique de générosité et d'humanité dans un contexte de durcissement général de la politique d'immigration. Le droit au séjour pour les étrangers malades devient la carte que brandit le nouveau ministère lorsqu'il est accusé de mener une politique inhumaine. Il le revendique alors comme l'aspect généreux et humain d'une politique d'immigration ferme⁽¹⁸⁾. Surveillées et dénon-

cées par les associations, les autorités de lutte contre l'immigration conservent cette disposition législative, mais celle-ci est quasiment vidée de son contenu dans sa mise en œuvre par certaines préfectures.

Légitimation du droit aux soins des étrangers en situation irrégulière

L'accès à la protection médicale pour les étrangers en situation irrégulière est garanti par le préambule de la Constitution du 4 octobre 1958. Il est aussi protégé par les différents accords et conventions signés par la France, notamment la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 octobre 1950, la Charte sociale européenne sur le droit à l'assistance sociale et médicale en son article 13 du Pacte international sur les droits civils et politiques (loi du 15 juin 1980) et la Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989. Refuser des soins aux étrangers contreviendrait également au principe de dignité inscrit dans la loi n°98-657 du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions.

Cependant, signer des conventions internationales ou édicter des normes ne signifie pas que les droits auxquels ils font référence sont effectifs. Cela ne signifie pas non plus qu'il n'existe pas de pratiques institutionnalisées qui les remettent en cause au stade de leur mise en œuvre. L'objectif d'exclure les étrangers en situation irrégulière de la protection médicale a toujours été dans les préoccupations des pouvoirs publics depuis la fin de l'immigration de travail. Déjà en 1993, dans le cadre de son objectif "immigration zéro", le ministre de l'Intérieur Charles Pasqua conditionne, dans l'article L.115-6 du code de la sécurité sociale, l'obligation d'une situation régulière au regard de la législation sur le séjour pour avoir accès à un régime obligatoire de sécurité sociale. Ces dispositions seront modifiées en 2000 avec la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU) et de son dispositif subsidiaire l'Aide médicale d'État (AME), destiné spécifiquement aux étrangers en situation irrégulière. Le retour de la droite au pouvoir en 2002 et son objectif de lutter contre l'immigration irrégulière affectera de nouveau l'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière. À défaut de pouvoir abroger ce droit, les conditions d'accès aux droits aux soins pour les étrangers en situation irrégulière seront fortement modifiées avec l'introduction d'une nouvelle condition par la loi des finances de 2003. Il s'agit désormais de justifier d'une résidence ininterrompue de trois mois pour bénéficier de l'AME. À ceux qui ne remplissent pas cette condition, seuls les soins urgents sont accordés. En revanche,

l'idée d'introduire un ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'AME, revendiqué comme un moyen de réduire les dépenses et de responsabiliser les bénéficiaires, fut abandonnée par le gouvernement devant la pression des associations de défense des malades.

La crainte des “séjours sanitaires”

Les droits sociaux accordés aux étrangers, en particulier à ceux en situation irrégulière, sont au centre des débats sur l'immigration depuis la fin des années soixante-dix. Plusieurs arguments sont évoqués depuis la seconde loi Pasqua de 1993 pour délégitimer l'accès à leurs droits sociaux. L'appel d'air, l'augmentation des dépenses de l'assurance-maladie, le risque de favoriser l'immigration thérapeutique, reviennent régulièrement dans les controverses et argumentaires des acteurs politiques et médicaux. Lors d'une audition au Sénat en 2006, le ministre d'État, ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, Nicolas Sarkozy déclare “[qu']il ne faut pas se cacher la réalité : les droits sociaux accordés aux clandestins sont de nature à favoriser l'attractivité de la France. Ces droits sociaux ne doivent pas être supérieurs en France à ce qui est prévu ailleurs en Europe. Ces droits sociaux ne doivent se concevoir que de manière provisoire, liés à une situation d'urgence et en attendant le retour dans le pays d'origine”. Dans leur proposition de loi de 2007 pour une réforme de l'AME, les députés Thierry Mariani et Claude Goasgen ont également repris les arguments sur le risque d'appel d'air⁽¹⁹⁾.

La maîtrise des dépenses de santé est, elle aussi, un des *leitmotiv* des discours sur les restrictions des droits des étrangers en situation irrégulière. Lors de la séance du 4 décembre 2003, le rapporteur général du débat sur la loi des finances de 2003, s'adressant aux députés, explique que le coût de l'AME est passé de 50 millions à 200 millions d'euros en 2002. Il évoque des “*dérapages rapides*” et des “*abus multiples*”. Il déclare également : “*Nous éviterons ainsi les abus et gaspillages qui ont conduit à consacrer à l'AME, en 2002, 600 millions d'euros, soit deux fois le budget des routes*”⁽²⁰⁾.

Plusieurs hommes politiques font le lien entre le “trou de la Sécurité sociale” et le budget de l'AME, alors que ce dernier est une enveloppe à part et n'est pas inscrit dans la branche maladie de la Sécurité sociale. Ils s'opposent ainsi à ce droit en prétendant que les “*clandestins seraient mieux soignés que certains Français*”⁽²¹⁾. Fin 2001, lors du vote de la loi de finances pour 2002, l'instauration d'un ticket modérateur était légitimée par le souci des pouvoirs publics de responsabiliser les étrangers en situation irrégulière. Cependant, les associations et les syndicats qui se sont mobilisés contre ce “*ticket de l'exclusion*” ont réussi à empêcher la publication du décret d'ap-

plication. Face au discours sur le gouffre financier de l'AME, les associations de défense des malades insistent sur le caractère infime de ce budget qui ne représente que 0,96 % du total des dépenses de l'assurance-maladie. Les dispositions de la loi de finances pour 2003 concernant l'AME ont été motivées par la lutte contre les "séjours sanitaires", autrement dit contre l'immigration thérapeutique. Pour faire face à ce phénomène, la loi n° 2003-119 du 26 novembre 2003, relative à la maîtrise de l'immigration, conditionne pour l'étranger désirant séjourner en France la satisfaction préalable de la prise d'une assurance couvrant les dépenses médicales et hospitalières, y compris l'aide sociale résultant des soins qu'il pourrait engager en France, ainsi que les garanties financières pour un éventuel rapatriement.

Malgré ces mesures, un rapport du Sénat précise que, même si les droits sociaux accordés aux étrangers en situation irrégulière contribuent à l'attractivité du territoire, ils doivent être conservés pour trois raisons principales⁽²²⁾. D'abord, l'attractivité ne doit pas être surestimée,

car *"les règles en vigueur ne font pas de la France un pays particulièrement généreux vis-à-vis des étrangers en situation irrégulière"*. Ensuite, la remise en cause de ces droits présenterait de *"sérieux inconvénients"* en matière de santé publique mais seraient aussi contraires aux *"valeurs de notre République"* et aux engagements internationaux signés par la France. Enfin, la situation particulière de l'outre-mer, marquée par un afflux d'étrangers⁽²³⁾ en situation irrégulière fortement précarisés vers les structures de santé, déconseille une remise en cause du droit à la santé des étrangers irréguliers.

Plusieurs hommes politiques font le lien entre le "trou de la sécurité sociale" et le budget de l'AME, alors que ce dernier est une enveloppe à part et n'est pas inscrit dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

Les leçons du "Nuremberg du sida"

En dehors des deux légitimations par le corps et par le séjour, les étrangers bénéficient également d'une protection médicale en raison des maladies particulièrement graves dont ils peuvent souffrir. Dans le but de prévenir leur diffusion, les pouvoirs publics ont accordé le droit aux soins aux malades du sida qui vivent en France. Cependant, ce droit ne fut pas accordé de manière spontanée, d'autant que la première décision politique sur le lien entre sida et étrangers a été la circulaire de la Direction générale de la santé du 20 juin 1983 qui recommandait une attitude de prudence à l'égard de

la collecte du sang des personnes originaires d'Haïti et d'Afrique équatoriale. Le sida des immigrés apparaissait alors sous le signe d'une menace à l'égard des nationaux. Cependant, le "Nuremberg du sida"⁽²⁴⁾, engendré par l'affaire du sang contaminé, a secoué les fondements même des pouvoirs étatique et médical⁽²⁵⁾. L'une des leçons tirées de cette affaire a été, pour les autorités politiques, de désormais privilégier l'accès aux soins plutôt que les préoccupations de maîtrise des dépenses de santé, et ce dans le respect du principe de précaution. À cela, il faut ajouter la mobilisation qui a suivi le "coup de gueule" de Christophe Martet lors du Sidaction de 1996, qui taxa

En 2007, plus de la moitié des pays membres de l'Organisation des Nations unies (au moins 101 sur 191) appliquent des restrictions à la liberté de circulation des personnes vivant avec le VIH/sida.

la France de "pays de merde" à propos de l'expulsion des étrangers malades.

Ainsi, contrairement à d'autres pays développés, le modèle de lutte contre le sida basé sur la solidarité à l'égard des malades a légitimé le choix de la France et de la plupart des pays de l'Union européenne de ne pas dépister les étrangers entrant sur leur territoire. Ce modèle de *coopération and inclusion*⁽²⁶⁾ permet à des

immigrés de rentrer sur le territoire du pays d'accueil sans déclarer leur statut sérologique alors que d'autres pays comme le Canada ou les États-Unis ont adopté le modèle du *contain and control* qui suppose des tests préalables aux demandeurs de visa avant leur entrée sur leur territoire. Dans ce dernier modèle, les immigrés atteints de certaines pathologies comme le sida ne sont pas autorisés à entrer⁽²⁷⁾. En 2007, plus de la moitié des pays membres de l'Organisation des Nations unies (au moins 101 sur 191) appliquent des restrictions à la liberté de circulation des personnes vivant avec le VIH/sida : 11 pays interdisent l'entrée sur leur territoire de personnes séropositives, 77 requièrent un test VIH négatif pour un visa ou un permis de séjour de longue durée, 13 appliquent des restrictions pour les ressortissants de certains pays⁽²⁸⁾.

Le choix français d'étendre son modèle, basé sur la liberté de circulation et la responsabilisation des individus, a été défendu dans les années quatre-vingt-dix par des institutions comme le Conseil national du sida (CNS) et les associations de lutte contre le sida. Le CNS a mis en garde l'État contre les risques que pourrait engendrer, en terme de santé publique, le refus de soins pour les étrangers atteints du sida. Leur clandestinité ou leur non-recours au système de santé constituerait un risque de santé publique pour toute la population. Le conseil a également rappelé la déclaration de l'OMS de 1987 à propos de l'évaluation du dépistage à l'entrée. En outre, l'échec des politiques qui avaient antérieurement prévalu en France en matière de maladies sexuellement

transmissibles et en direction des toxicomanes, ainsi que le souci de l'efficacité de la prise en charge, a également contribué au choix de ce modèle d'inclusion. La récupération politique par le Front national (FN) de la question du sida dès 1987, ses propositions de création de sidatoriums et de dépistage à l'entrée ont aussi engendré une décision rapide de l'État français en faveur de l'intégration dans le système de santé de tous les malades et d'une solidarité active envers eux. Dans le domaine statistique, l'augmentation du nombre de cas de sida dans la population étrangère au sein des hôpitaux a également entraîné une rupture dans les politiques menées jusque-là. En vue d'améliorer la surveillance épidémiologique du VIH/sida, l'Institut national de veille sanitaire (INVS) publie en 1999 un état des lieux sur la situation du sida dans la population d'origine africaine vivant en France⁽²⁹⁾. Cette publication montre la vulnérabilité particulière au VIH/sida de la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en France. Elle a permis de rendre visible une réalité épidémiologique qui était connue depuis plusieurs années au sein des services hospitaliers et dans les associations de soutien aux malades du sida. En dehors de ce cercle de spécialistes, cette réalité demeurait cependant ignorée, car le modèle de production des statistiques adopté jusqu'alors n'avait pas permis de la rendre visible⁽³⁰⁾. Suite à la publication de ces chiffres, des actions institutionnelles pour faire face à ce nouvel enjeu ont été mises sur l'agenda public. En 2004, un programme national de prévention et de prise en charge spécifiquement ciblé et adapté aux populations migrantes et étrangères vivant en France fut mis en place⁽³¹⁾. Cette publication de l'INVS et les travaux de certains sociologues et anthropologues ont ainsi introduit un changement de paradigme dans l'approche de la population étrangère vivant avec le VIH/sida en France⁽³²⁾. Alors que, pendant près de vingt ans, "l'approche diffusionnelle" et culturaliste⁽³³⁾ prédominait dans ce domaine, à partir de cette publication, les autorités ont commencé à prendre en compte les conditions de vie de ces populations et leur vulnérabilité particulière au VIH/sida. Depuis le début des années deux mille, elles mettent en place de larges programmes de prévention en direction des étrangers/migrants pour prévenir et traiter d'autres pathologies (saturnisme, tuberculose, etc.) et risques (défenestrations, etc.) chez les populations immigrées en situation administrative et sociale précaire.

Conclusion

Tout au long de l'histoire récente de l'immigration en France, la question de l'accès aux soins des étrangers a entraîné des controverses sur les formes de légitimation des décisions publiques sur cette question. Les lois sur l'immigration tentent de réduire l'attractivité de la France pour les candidats à l'immigration, alors que, dans

le domaine de la santé, l'universalité d'accès aux soins, la logique de santé publique et le respect des conventions internationales supposent un accès aux soins pour tous, même pour les étrangers en situation irrégulière. Ainsi, les contradictions entre ces deux logiques sectorielles interrogent les fondements même de l'État. La vie, qui est à la base de la souveraineté nationale, est de plus en plus au centre de ces controverses. Les pouvoirs publics, partisans de la réduction, de la modification ou de l'abrogation des droits sociaux accordés aux étrangers, tentent de plus en plus de différencier les droits de l'homme et ceux du citoyen. Certains d'entre eux considèrent les droits sociaux accordés aux immigrés comme une menace pour les citoyens et la souveraineté nationale. Cette approche fait penser au monde de Hobbes où l'homme serait un loup pour l'homme et où le rôle de l'État serait de protéger les nationaux contre les menaces venues de l'extérieur, tout en évitant de promouvoir des droits et des valeurs universelles. Comment se fait-il alors qu'au moment où le monde semblait triompher du totalitarisme, en imposant une reconnaissance des droits et des libertés de la vie nue des individus, on assiste dans les démocraties modernes à une remise en cause rampante de ces droits humains auxquels l'homme avait consacré beaucoup d'efforts ? La logique actuelle des pouvoirs publics tend vers une indifférence et un renoncement face aux contraintes imposées par les conventions internationales. C'est ce dont témoignait Hanna Arendt dès la fin de la Seconde Guerre mondiale à propos des apatrides. Selon elle, *“la conception des droits de l'homme, fondée sur l'existence reconnue d'un être humain en tant que tel, s'est effondrée dès que ceux qui s'en réclamaient ont été confrontés pour la première fois à des gens qui avaient bel et bien perdu tout le reste de leurs qualités ou de leurs liens spécifiques – si ce n'est qu'ils demeuraient des hommes”*⁽¹⁷⁾. Ainsi, à défaut de pouvoir remettre en cause ces droits reconnus par les conventions internationales et inscrits dans les Constitutions, les pouvoirs publics agissent sur la mise en oeuvre de ces dispositions pour réduire leur portée et leur effectivité. ■

Notes

1. Jobert Bruno, *Le tournant néo-libéral en Europe*, L'Harmattan, Paris, 1994.

2. Nous reprendrons à notre compte la définition que le Haut Conseil à l'Intégration donna au terme “immigré”, à savoir : *“Quelqu'un qui est né à l'étranger, qui est entré en France et qui y vit en général définitivement”* ; in Haut Conseil à l'Intégration, *Pour un modèle français d'intégration. Premier rapport annuel*, Paris, La Documentation française (“rapports officiels”), mars 1991, p.15.

3. Cette expression est régulièrement utilisée par les acteurs politiques pour tenter de légitimer les restrictions des droits accordés aux étrangers.

4. C. Mabet, H. Bolderson, “Égalité de traitement, liberté de circulation et citoyenneté sociale en Europe : situations comparées des ressortissants de l'Union européenne et des demandeurs d'asile”, in Sigg R., Behrendt C., *La sécurité sociale dans le village global*, Peter Lang éditions, Berne, 2004.

5. Gorgio Agamben, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil, Paris, 1997.
6. Au niveau européen, le travail qui se fait au niveau du Cost "Health and Migration", et auquel nous participons, montre que ce dispositif est unique en son genre au sein de l'Union européenne. Voir : <http://costhome.eu/management/index.php/>
7. Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.
8. Abdelmalek Sayad, *La double absence. Des illusions de l'immigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Paris, 1999.
9. Didier Fassin, "Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida", in *L'homme*, 160, 2001.
10. Didier Fassin, "L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration", in *Revue européenne des migrations internationales*, 17, 2, 2005.
11. Yves Schemel, W.-D. Eberwein, *Normer le monde*, Paris, L'Harmattan, 2009, 387 p.
12. Hannah Arendt, *L'impérialisme. Les origines du totalitarisme*, Gallimard, Paris, 1951, nouvelle édition.
13. Dans le cadre de nos entretiens, certains responsables associatifs, soutenant les étrangers dans leur démarche administrative, nous confirment ces pratiques préfectorales et déclarent s'y plier malgré leur illégalité.
14. Luc Boltanski, *La souffrance à distance*, Métailié, Paris, 1993.
15. Patrice Pinell, *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, 2002.
16. En mai 2007, une pétition de Médecins du Monde et de plusieurs associations dont l'ODSE, Aides, Act Up Paris, Solidarité sida..., dénommée "Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ?" est signée par plusieurs personnalités politiques et médicales, dont Martin Hirsch, Christine Katlama, Willy Rozenbaum, etc. Le 5 juillet 2007, *Les Echos* titrent : "Des associations dénoncent l'expulsion d'étrangers malades."
17. Médecins du Monde, *rapport 2007 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde*, octobre 2007, p. 85.
18. Le consensus entre la gauche et la droite se situerait au niveau de ces deux termes : la gauche étant pour la générosité d'abord et la fermeté ensuite, alors que la droite est pour la fermeté avant la générosité.
19. Thierry Mariani, Claude Gaozen, "Proposition de loi visant à réformer l'Aide médicale de l'État, enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 5 décembre 2007", document n° 454 mis en distribution le 18 décembre 2007.
20. Voir : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cra/2003-2004/087.asp>.
21. Cet argument a été repris par le candidat Nicolas Sarkozy lors des élections présidentielles de 2007.
22. <http://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-1.html>
23. Il s'agit, dans les DOM-TOM, d'étrangers qui viennent principalement des îles voisines et, en ce qui concerne la Guyane française, de Surinamiens et de Brésiliens.
24. Ce terme a été utilisé par Act Up Paris en 1992 après le verdict du sang contaminé. L'association réclame un "Nuremberg du sida", c'est-à-dire la condamnation de tous les responsables politiques inculpés dans cette affaire.
25. Monika Steffen, *Les États face au Sida en Europe*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2001.
26. David L. Kirp, Robert Bayer, *Aids in the Industrialized Countries. Passion, Politics, and Policies*, University of Illinois, Chicago, 1992.
27. Lors du Congrès international sur le sida à Toronto en août 2006, le Canada a été obligé d'adoucir sa législation pour permettre l'entrée sur son territoire de malades du sida.
28. Deborah Glesjer, "Dangers : criminalisation de la transmission du VIH et limitation de la circulation des personnes", in *4^e Conférence francophone VIH/sida*, Paris, 2007.
29. <http://www.invs.sante.fr/publications/sida3/index.html>
30. Cette question des statistiques est encore à l'ordre du jour : en novembre 2007, le Conseil constitutionnel a censuré l'autorisation de statistiques ethniques qui pourraient permettre de mieux rendre visible les discriminations que subissent ces populations et d'anticiper ainsi sur des politiques publiques en vue de les combattre.
31. En 2004, la Direction générale de la santé met en place un programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France sur la période 2004-2006. Ce programme fut reconduit à la fin de 2006.
32. Richard Lalou, Victor Piché, "Migration et sida en Afrique de l'Ouest. Un état des connaissances", in *Les dossiers du CEDEP*, 28, 1994.
33. Didier Fassin, "L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration", in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, n°2, 2005 ; Virginie Guiraudon, "L'intégration des immigrés ou la politique de l'esquive. Réformer sans changer de modèle ?", in B. Palier, P. Hall, P. D. Culpepper, *La France en mutation 1980-2005*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2008, p. 274.